

Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schlosswallschule



Bei nachträglichen Änderungen in der Anmeldung müssen mindestens die roten Felder ausgefüllt sein.

Enfant

— . — . —

**Diese Änderung/Neuanmeldung soll am
dd.mm.yyyy in Kraft treten :**

Prénom:

Nom de famille:

Grade:

Anniversaire:

Forme scolaire:

- ☐ Halbtage
☐ Ganztage

**Mon enfant est vacciné contre la rougeole / déjà
immunisé:**

- ☐ Ja

Allergies:

Médicaments:

Veuillez marquer d'une croix le cas échéant:

- | | |
|---|---|
| ☐ Mon enfant est intolérant au gluten | ☐ Mon enfant est intolérant au lactose |
| ☐ Mon enfant ne mange pas de porc | ☐ Mon enfant est végétarien |
| ☐ Après la fin des soins réservés, mon
enfant est autorisé à rentrer seul à la
maison | ☐ Mon enfant est autorisé à participer à des
excursions |
| ☐ Mon enfant peut être traité avec un écran
solaire disponible dans le commerce en
été | ☐ Les photos montrant mon enfant sont
autorisées à être publiées dans la presse
publique |
| ☐ Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken
entfernen | |

Schlosswallschule - Halbtage

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
12:00 - 13:30	12:00 - 13:30	12:00 - 13:30	12:00 - 13:30	11:15 - 13:30
☐ livre	☐ livre	☐ livre	☐ livre	☐ livre

Tuteur légal

E-mail:

Numéro de téléphone:

Prénom:

Nom de famille:

Rue:

Suffixe de l'adresse:

Code Postal:

Ville:

Situation professionnelle:

- ☐ Parent isolé / tuteur legal isolé exerce une activité professionnelle
- ☐ Parent isolé / tuteur legal isolé est demandeur d'emploi
- ☐ Les parents / les tuteurs légaux exercent une activité professionnelle
- ☐ Les parents / tuteurs légaux sont demandeurs d'emploi
- ☐ Un parent / un tuteur légal exerce une activité professionnelle ou est demandeur d'emploi

Je suis un parent seul:

- ☐ Oui
- ☐ Non

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence:

Numéro de téléphone pour les éventuelles urgences:

Autres personnes ayant droit à un ramassage:

Anzahl der kindergeldberechtigten Kinder im selben Haushalt:

Geschwisterkind 1:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 2:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 3:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

Beziehen Sie Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, AsylbLG, Wohngeld oder Jugendhilfe:

☐ Oui
☐ Non

Weitere sorgeberechtigte Personen

E-mail:

Numéro de téléphone:

Prénom:

Nom de famille:

Rue:

Suffixe de l'adresse:

Code Postal:

Ville:

Propriétaire du compte:

IBAN:

BIC:

☐

J'ai lu et accepté les modalités générales du Stadt Schorndorf pour la garde d'enfants à l'école.

☐

Ich habe verstanden, dass meine Anmeldung von den betreuenden Organisationen widerrufen werden kann, wenn die Betreuungskapazitäten überschritten sind. Ein Recht auf Aufnahme zur Betreuung besteht nicht.

☐

Ich habe die Datenschutzerklärung der Stadt Schorndorf gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten und die Daten meiner Kinder elektronisch verarbeitet und an die betreuende Organisation weitergegeben werden.

Datum	Unterschrift